

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

72

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ADRIEN BARET

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Diplômé de Médecine Coloniale

Diplômé de Sérologie

Médecin Sanitaire Maritime

Né à Saint-Denis (Réunion), le 19 Janvier 1906

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RAPPORTS

ENTRE LA

Gangrène Cutanée et la Syphilis

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1931

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1931

THESE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ADRIEN BARET

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Diplômé de Médecine Coloniale

Diplômé de Sérologie

Médecin Sanitaire Maritime

Né à Saint-Denis (Réunion), le 19 Janvier 1906

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RAPPORTS

ENTRE LA

Gangrène Cutanée et la Syphilis

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1931

LE DOYEN. . . . M. BALTHAZARD.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expériment ^l .	CUNEO.
Physiologie.	ROGER
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	N...
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LÉPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZAR
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophthalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique cancéreuse infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique prophéteutique.	SERGENT
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ.	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fern)	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERRER	Histologie
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL. . .	Clinique obstétricale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale	METZGER	Clinique obstétricale.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LE LORIER.	Clinique obsiétricale.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adul- tes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*Je dédie cette thèse en souvenir de mon
inaltérable affection.*

A MON FRÈRE

LE DOCTEUR EDMOND BARET

En souvenir de nos années d'étude à Paris.

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR GOUGEROT

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES
ET SYPHILITQUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR RABUT

ASSISTANT DE LA CONSULTATION DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

• Qui nous a inspiré ce travail et guidé de
ses conseils. en témoignage de notre re-
connaissance et de notre attachement.

A MON CHER MAITRE

M. LE DOCTEUR MARCEL PINARD

MÉDECIN DE L'HOPITAL COCHIN

*Auprès de qui nous avons trouvé au
cours de nos dernières années d'étude
les conseils les plus éclairés et l'aide
la plus efficace, en témoignage d'inf-
nie reconnaissance.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage et externat

M. LE PROFESSEUR VIDAL (*in memoriam*).

M. LE PROFESSEUR DELBET.

M. LE PROFESSEUR CUNÉO.

M. LE PROFESSEUR CHEVASSU.

M. LE PROFESSEUR CHIRAY.

A M. LE DOCTEUR GIRAND

CHEF DE LABORATOIRE A L'HÔPITAL COCHIN

A M. LE DOCTEUR VERNIER

ASSISTANT DE CONSULTATION A L'HÔPITAL COCHIN

Introduction

L'affinité du tréponème pour le système vasculaire rend, a priori, important le rôle de la syphilis dans la pathogénie de la gangrène cutanée.

Plus particulièrement, ces temps derniers, l'attention a été attirée par de nombreux auteurs, non seulement sur l'artérite nettement syphilitique, mais encore sur des lésions artérielles d'origine mal déterminée et où la syphilis peut être suspectée.

La gangrène, par artérite, n'est d'ailleurs pas la seule qu'on puisse imputer à la syphilis. C'est ce dont nous avons pu nous rendre compte dans le service de notre maître Marcel Pinard, où des cas de gangrène, survenus dans des conditions diverses chez des syphilitiques, ont provoqué un travail du Docteur R. Rabut sur les rapports de la syphilis et de la gangrène cutanée.

Les trois observations citées par R. Rabut ont permis à cet auteur de montrer que, en plus des gangrènes classiques par artérite, la syphilis peut jouer un rôle prédisposant dans l'apparition de la gangrène, soit que le terrain syphilitisé permette ou favorise l'explosion de l'infection anaérobie, soit que l'action du tréponème s'associe directement au processus gangréneux.

Ayant suivi nous mêmes les malades du service du docteur M. Pinard, nous nous permettrons de reprendre, pour notre thèse, les divisions du travail du Docteur Rabut.

Nous classerons les rapports entre la gangrène cutanée et la syphilis en trois catégories :

- I. Gangrène par prédisposition du terrain ;
 - II. Gangrène par lésions syphilitiques secondairement infectées ;
 - III. Gangrène par artérite syphilitique.
-

I - Grangrène par prédisposition du terrain

Nous avons observé dans le service de notre maître le Docteur M. Pinard, le cas suivant :

OBSERVATION I

(Service du Dr M. Pinard)

M. L... Victor, 42 ans, manoeuvre, entre dans le service, en août 1929, présentant un gonflement accentué des bourses, survenu depuis quelques jours, sans cause apparente.

Localement, l'inflammation est très accusée ; le malade est en proie à un malaise général caractérisé par une fièvre à 38°, des frissons, des maux de tête, des douleurs au niveau des organes génitaux.

Très rapidement, en quelques jours, apparaissent des phénomènes gangréneux qui détruisent une partie des bourses, mettant à nu les testicules.

Aucun antécédent éthylique ou diabétique.

On ne trouve sur les organes génitaux du malade aucune lésion susceptible d'expliquer ces accidents.

Le malade nie toute syphilis acquise ou héréditaire ; pourtant à l'examen sérologique, le Hecht se montre entièrement positif.

Un traitement à l'arsénobenzol est mis en œuvre.

Très rapidement, la zone sphacélique se limite ; les parties gangrénées s'éliminent et on assiste à une restauration remarquable de la région atteinte.

Un mois après le malade quitte le service complètement guéri.

Chez cet homme, il s'est agi évidemment de gangrène foudroyante des organes génitaux ; lésion magistralement décrite par Fournier, objet de la thèse d'Emery.

En effet, on y retrouve une période de début ou d'inflammation où le processus inflammatoire s'accuse déjà par son cortège habituel : rougeur, gonflement, douleur, phénomènes de réaction générale — une période de mortification qui apparaît très rapidement, subitement « comme par un véritable coup de théâtre » (Fournier) — enfin, une période de réparation, dans laquelle la cicatrisation, proportionnellement à l'étendue du sphacèle, peut être tenue pour rapide.

De l'observation précédente, nous pouvons rapprocher celle publiée par Gaté et Rousset (*Annales de Dermatologie et de syphiligraphie*, 1929).

Dans cette observation, il s'agissait d'un malade, syphilitique ancien, qui présentait une gangrène des organes génitaux. On notait chez lui, outre des réactions sérologiques positives, des symptômes cardiaques (insuffisance mitrale, souffle et frémissement), une arythmie complète ; à la radioscopie : une grosse oreillette droite ; une aréflexie tendineuse (réflexes achilléens et rotuliens abolis) et du myosis.

Ces mêmes auteurs avaient observé quelques années auparavant dans le service du Professeur Nicolas un cas

de syphilome gangréneux des bourses qui guérit parfaitement par le traitement anti syphilitique.

Trufi a publié également un cas de gangrène grave des organes génitaux externes survenue chez un syphilitique où l'injection intraveineuse de sels de mercure a donné un excellent résultat.

Mais cette gangrène qui survient d'une façon « foudroyante » implique une résistance amoindrie de l'organisme, qui en permet le développement. et très vraisemblablement, dans ces cas, c'est la syphilis que l'on peut accuser d'être à la base de cette déficience du terrain.

Il ne faut pas oublier que les recherches bactériologiques modernes ont montré que dans tous les processus de mortification, il faut tenir compte de l'action des anaérobies. Souvent la gangrène est consécutive à une inoculation de ces germes (observations de Louste et Pinoche). Aussi, en pareil cas, il faut non seulement instituer un traitement spécifique, mais encore y associer la sérothérapie anti gangréneuse, qui, si elle est précoce, énergique, a souvent raison d'un état local grave et d'un état général des plus inquiétants. « Nous possédons actuellement avec la sérothérapie spécifique un moyen d'action qui doit permettre souvent à lui seul, d'obtenir la guérison » (observation de Lortat Jacob, Flandrin et Pommeau Delille). C'est le meilleur moyen d'éviter une mutilation parfois importante.

Cette sérothérapie ne s'accompagne d'aucun accident et il est bon de combiner la voie intramusculaire et la voie sous-cutanée. La dose doit être de 80 cc. de sérum

anti gangréneux de Weinberg dont 20 cc. d'antiperfringens, 20 cc. d'anti oedématisiens, 20 cc. d'anti vibrion septique et d'anti streptococcique. La moitié de la dose totale est injectée sous la peau et l'autre moitié dans les muscles. Le traitement doit être poursuivi jusqu'à l'arrêt de l'extension de la gangrène.

II - Gangrène par lésions syphilitiques secondairement infectées

Cette gangrène peut s'observer au cours des périodes primaires, secondaires et tertiaires de la syphilis.

A. *Au cours de la syphilis primaire.*

OBSERVATION II

(Service du Dr M. Pinard)

M. J... André, 25 ans, employé, vient consulter dans le service en décembre 1929, pour œdème et rougeur de la verge.

A l'examen, on note un phimosis inflammatoire douloureux, sous lequel on peut sentir une induration, que des pléiades ganglionnaires inguinales autorisent à considérer comme un accident primitif.

Par suite du phimosis on n'a pu pratiquer d'examen à l'ultra-microscope.

La réaction de Hecht est complètement positive.

Chez ce malade, un processus gangréneux a évolué rapidement et en une quinzaine de jours a provoqué l'élimination de la majeure partie du fourreau.

On a institué, outre un traitement local, un traitement antisyphilitique intensif au novarsénobenzol.

Il s'agit là d'une lésion syphilitique point de départ d'une infection secondaire dont les agents sont multiples : pouvant être le streptocoque (Sabouraud), le perfringens, le bacille de Lœfler (Spillmann) l'association fuso spirillaire (Gaté), le chancre mou phagédénique (Balzer), Milian et Perin considèrent le coccobacille comme le seul agent pathogène incriminé, et Milian, avec ce bacille, a même reproduit chez des lapins une gangrène cutanée.

Les cas observés sont nombreux ainsi qu'en témoignent les observations de Griffon et Du Castel, de Bonnet et Gérard, de Lacassagne, de Lebeuf et Rousset. Dans ces observations, à peu près semblables, on trouve un accident primitif de la verge, compliqué de balanite avec phimosis inflammatoire, sous lequel se développent des accidents gangréneux, dont l'évolution, avec retentissement plus ou moins marqué sur l'état général, aboutit en quelques jours à une perte de substance parfois étendue, le plus souvent limitée, et dont la réparation est facile.

Fournier désignait ces lésions sous le nom de chancre phagédénique gangréneux, s'opposant d'une part, à cause de son évolution rapide, au phagédénisme proprement dit ; et d'autre part, en raison de son caractère extensif et térébrant, au chancre gangréneux simple où le processus sphacélique est limité à la surface du chancre.

L'infection secondaire n'est pas réservée aux seuls accidents primitifs. On peut l'observer au niveau des syphilides secondaires, ou tertiaires.

B. *Au cours de la syphilis secondaire.*

Ce sont les syphilides ulcéro gangréneuses de Bazin, les syphilides varioliformes, papules de la grosseur d'une lentille, se transformant rapidement en pustules, se développant au milieu de phénomènes généraux d'une certaine intensité. Chaque pustule est entourée d'un anneau nettement circonscrit de tissu infiltré, brunâtre.

C) *Au cours de la syphilis tertiaire.*

Les lésions gangréneuses se voient surtout en cas de gomme sous-cutanée, ou lorsque deux ou plusieurs gommès se développent l'une à côté de l'autre.

Il se fait dans ce cas, des communications des trajets sous-cutanés ; la peau qui les recouvre, d'abord saine, s'infiltré rapidement, prend une teinte rouge brun livide, s'amincit et se sphacèle. De cette façon, deux ou plusieurs gommès peuvent se confondre et prendre une forme irrégulière, s'accompagner de phénomènes gangréneux ; l'ulcération s'étendant, devenant partout plus profonde et plus vaste.

Il suffit d'ailleurs de se remémorer le fait que la syphilis atteint surtout les vaisseaux, artériels ou veineux, altère leurs parois, pour comprendre que les artérioles des téguments recouvrant les gommès soient facilement lésées.

Dans une troisième observation recueillie dans le service du Docteur M. Pinard, observation que nous pu-

blions plus loin, — Observation publiée d'autre part par MM. Pinard, Vernier et Mlle Abricosoff, à la Société de Dermatologie, — il s'agit d'une femme qui, au cours d'une syphilis maligne précoce, a présenté un processus gangréneux particulièrement intense. Sur l'ensemble du tégument, et spécialement sur la région dorsale, cette femme avait des ulcérations de dimensions variables, à tendance sphacélique.

D'autre part, elle présentait une gangrène de l'avant pied gauche.

Ce dernier fait rend cette observation particulièrement intéressante, car l'interprétation des phénomènes constatés permet d'envisager pour ceux-ci une double pathogénie.

En effet, rien n'empêche d'admettre que si, dans l'aspect gangréneux des ulcérations, c'était l'infection secondaire qui jouait le rôle principal, par contre c'était à un trouble vasculaire précoce que la gangrène du pied était due.

OBSERVATION III

(Service du Dr M. Pinard)

(Observation présentée à la Société de Dermatologie)
Février 1929, par MM. Marcel Pinard, Vernier, Mlle Abricosoff

Mme M... Marguerite, 40 ans, blanchisseuse, entre dans le service le 9 février 1929 pour de larges ulcérations siégeant sur tout le corps et mauvais état général.

Il y a deux mois, elle présenta une ulcération sur l'une des grandes lèvres ; elle se soigna elle-même par des compresses d'eau chaude.

Un mois après environ, apparurent sur le tronc des éléments érythémateux et papuleux ; cette éruption augmente bientôt en nombre d'éléments et en intensité ; un peu après apparurent de larges placards rouges qui ne tardèrent pas à s'ulcérer ; en même temps, l'état général s'altère davantage.

A son entrée dans le service, la malade présentait des ulcérations disséminées sur tout le corps siégeant dans la région dorsale, à la face externe de l'épaule gauche, sur les deux fosses iliaques, à la face antéro-inférieure de la cuisse droite, au creux poplité ; la dimension de ces lésions variait de la grandeur d'une pièce de un franc à une petite paume de main.

D'autres éléments ulcéreux siègent sur la poitrine, les membres inférieurs, le front.

Les ulcérations présentent les mêmes caractères, recouvertes d'une croûte épaisse, ostréacée, rupiacée, de couleur rouge noirâtre ; sous la croûte, un fond purulent.

Disséminées sur tout le corps, on note de larges macules rouges, cuivrées, légèrement infiltrées, et des petits éléments papuleux recouverts de squames blanchâtres. Sur l'aîne droite, se trouve un large placard rouge cuivré et va rejoindre un placard analogue qui occupe tout le périnée.

Les petites lèvres et le vagin présentent des lésions multiples ; il s'échappe un liquide purulent, d'odeur infecte, et ces pertes font macérer toute la région.

En même temps, cette malade présente une gangrène de l'avant-pied gauche, comprenant les orteils et la moitié du pied ; gangrène humide, limitée par un sillon d'élimination très net.

A la jambe gauche, T. A. : 19-5 avec indice oscillométrique de 5 au Pachon.

A la jambe droite : T. A. 17-7. Indice 5.

A l'examen général :

Le foie est gros ; il y a de gros ganglions inguinaux, cer-

vicaux postérieurs et épitrochléens, les réflexes sont normaux ; l'état général est mauvais.

La sérologie est positive par toutes les méthodes ; on n'a pas constaté de tréponèmes dans les lésions.

Antécédents éthyliques.

A la suite d'un traitement énergique par le novarsénobenzol et le sulfarsénobenzol, amélioration totale des lésions cutanées et de l'état général ; sans intervention opératoire, il s'est produit une chute de la moitié du pied gangréné ».

L'adjonction de la gangrène, due à un trouble vasculaire précoce, nous amène à étudier les gangrènes syphilitiques vraies, c'est-à-dire par artérite tréponémique.

III - Gangrène par artérite oblitérante

C'est là un chapitre qui paraît assez discuté. Pour Lian, Puech et Viau, la syphilis ne jouerait tout à fait qu'un rôle de second plan dans l'étiologie des artérites périphériques.

Ce n'est pas cependant l'avis de Milian, et Fouquet a écrit la phrase suivante : « après la fièvre typhoïde, c'est la syphilis qui reste la principale cause de l'artérite des membres, et l'on peut dire que presque tous les cas de gangrène des membres survenue avant 60 ans et si souvent étiquetée gangrène sénile, relèvent de la syphilis ».

Cette gangrène se présente soit avec une étiologie syphilitique nette, soit sous le masque d'une maladie de Raynaud, ou de la maladie de Buerger (thrombo-angéite oblitérante) ou encore d'une gangrène dite sénile.

A. Gangrène où l'étiologie syphilitique est manifeste.

C'est surtout entre 45 et 60 ans qu'on observe la gangrène par artérite spécifique. Mais elle peut être plus précoce, ainsi qu'en témoignent les observations de Des-

prées (27 ans), de Fournier (22 ans), de Marcel Pinard, Vernier, Mlle Abricosoff (40 ans).

Il a été signalé par Fournier une gangrène du pied au cours de la deuxième année d'une syphilis acquise, par Gaucher et Bory, une gangrène du pied chez un homme de 60 ans ayant eu la syphilis un an auparavant, et par Després une gangrène de l'avant pied, au cours d'une syphilis secondaire.

Cette atteinte précoce et rapide des parois artérielles suppose bien un développement aigu de la lésion.

D'ailleurs, pour certains auteurs, l'atteinte de tous les segments du système cardio vasculaire, a lieu aux périodes les plus précoces de la syphilis, même avant l'apparition des éruptions secondaires ; et il existerait, dès le début, une inflammation aiguë des vaisseaux qui serait le point de départ des affections chroniques futures.

Mais pratiquement, et Bergé insiste sur ce point, l'artérite syphilitique aiguë est relativement rare, et la syphilis donne lieu beaucoup plus souvent à des artérites subaiguës ou chroniques, ce qui explique l'apparition tardive des accidents, tant en rapport avec l'âge du malade qu'avec celui de la spécificité.

Dans le traité de Finger, on trouve à ce sujet les notions suivantes : « On rencontre dans les vaisseaux de « petit et moyen calibre, rarement dans les gros, une « inflammation chronique de la paroi vasculaire qui « peut amener l'épaississement de cette paroi et produi- « re ainsi un rétrécissement, voire même l'oblitération « complète de la lumière du vaisseau, c'est ce qui cons- « titue l'endartérite et l'endo-phlébite chroniques. Les

« vaisseaux sanguins perdent leur coloration rougeâtre ;
« ils deviennent gris blanc ; ils perdent leur forme cylindrique, aplatie, pour devenir arrondis, ondulés ;
« ils acquièrent une dureté presque cartilagineuse, ils ont
« une direction sinueuse et non pas allongée. A la coupe,
« la lumière des vaisseaux paraît diminuée d'une façon
« asymétrique ou même obstruée par un tissu de néoformation qui occupe tantôt toute la circonférence
« et augmente concentriquement, ou tantôt une partie
« de la paroi vasculaire et alors se propage excentriquement. Finalement, le vaisseau ressemble à un cordon
« dur et solide. Lorsque l'obstruction du vaisseau est
« ici complète, on peut y rencontrer des thrombus. L'infiltration qui constitue la néoformation et l'infiltration
« des parois vasculaires sont chroniques et constituées
« par de petites cellules. C'est entre la membrane fenêtrée de la couche interne et l'endothélium que commence la prolifération caractérisée d'abord par une
« augmentation rapide et considérable des cellules épithéliales qui se transforment en un tissu conjonctif
« composé de cellules fusiformes et étoilées. Bientôt on
« voit s'ajouter à cette masse de nouvelles cellules rondes parvenant des vaso vasorum et il se forme un tissu
« de granulations semblable au syphilome. Ce tissu
« augmente par poussées et cela dans la direction longitudinale et transversale de l'artère.

« Ainsi le tissu de nouvelle formation vient occuper
« la lumière du vaisseau, gagne toute sa longueur et se
« propage surtout dans les branches collatérales. Ce tissu

« peut, à un certain point s'organiser. Il prend un aspect analogue au tissu des parois vasculaires et la lésion se termine par une simple diminution du calibre vasculaire; ou bien le vaisseau s'oblitére complètement : il se transforme en un tissu conjonctif et une partie du vaisseau se présente sous forme d'un cordon solide, fibreux ».

Quant à sa distribution, la gangrène par artérite syphilitique atteint surtout les membres inférieurs (orteil, avant pied) ; mais on peut la retrouver au niveau du membre supérieur (observation de Milian et Nativelle, de Milian et Caroli) ou sur n'importe quel point de la surface cutanée (observation de Louste : gangrène sèche de la région dorso-lombaire) (observation d'Orphanides : gangrène des organes génitaux par foyers multiples d'artérite).

Dans tous les cas observés, on est en présence de manifestations segmentaires, frappant rarement une zone étendue, et cette atteinte limitée aux petites artères est considérée par Milian comme un caractère essentiel de l'artérite spécifique. Milian et Nativelle écrivent : « Nous voulons non seulement assurer que contrairement à l'opinion exprimée récemment encore par certains auteurs (Pauper-Ravaut. Th. de Lyon, 1924) l'artérite syphilitique des membres n'est pas rare, mais montrer aussi qu'elle se manifeste volontiers par une atteinte limitée aux petites artères, comme cela ne peut étonner quand on en rapproche la distribution des lésions dans l'artérite cérébrale. En parcourant la littérature consacrée aux artérites syphilitiques des mem-

« bres, on voit que les cas de cette espèce ne sont pas
« rares. Toutes les observations — surtout anciennes —
« ne comportent pas des précisions suffisantes. Les ob-
« servations récentes sont plus fréquentes où l'on a
« constaté l'intégrité des gros troncs artériels ».

Il est rare que les accidents apparaissent de façon brutale et atteignent d'emblée leur maximum. Ils procèdent le plus souvent (Darier) d'une façon progressive et par à coups. Pour Milian, la gangrène se produit sans douleur et sans phase prodromique. Pour Druelle — et il semble que ce soit là la vérité — on doit distinguer deux formes : l'une à évolution rapide, l'autre à début lent et progressif où la gangrène est précédée des signes indicateurs de l'artérite : c'est-à-dire douleur fixe avec irradiation, engourdissement, et, quand il s'agit du membre inférieur, la claudication intermittente signalée par Charcot.

Mais quel que soit le mode de début, le traitement spécifique influe rapidement sur l'évolution de la gangrène et c'est là un autre caractère de la gangrène spécifique sur lequel insiste avec raison Milian.

Dans un récent travail de Moulonguet et Pavie (Etude de quelques cas d'artérites préséniles) nous pouvons lire la phrase suivante : « Une affection trop oubliée dans les
« débats actuels sur les artérites juvéniles est l'artérite
« syphilitique. Sa description a été trop parfaitement
« donnée par les anciens auteurs pour intéresser les
« nouveaux chercheurs. Elle a le droit cependant de ne
« pas être oubliée ».

Et ces auteurs donnent une observation tout à fait ty-

pique à ce point de vue : « Le malade, âgé de 57 ans, entre le 29 novembre 1926 pour une gangrène sèche des deux derniers orteils droits. Pas d'antécédents intéressants ; mais le malade a une réaction de Wassermann positive. Les douleurs spontanées datent d'un an environ et sont très vives. L'examen au Pachon montre que la circulation paraît se faire normalement jusqu'au pied. On pratique donc une amputation. Peau, tissu cellulaire et muscles semblent normaux ; mais les artères ne saignent pas. Guérison opératoire.

« Au point de vue histologique, à la coupe d'une artère plantaire, la disproportion entre l'étroitesse de la lumière et l'épaisseur des parois frappe tout de suite. La lumière est en effet réduite à une fente régulière bordée d'un endothélium. A un grossissement suffisant, on note aisément que cette lumière est séparée de la limitante élastique par un espace relativement considérable, d'ailleurs très différent suivant les points.

« Tout le tissu intermédiaire au nouvel endothélium et à la limitante résulte d'un processus d'endartérite. Tandis qu'à droite de la coupe la lumière n'est guère éloignée de la limitante et que les altérations pariétales se réduisent à un clivage de la membrane élastique et à une sclérose sous-endothéliale de l'intima ; à gauche, les lésions sont beaucoup plus importantes : il existe en dedans de la limitante très altérée clivée en deux ou trois épaisseurs, et par endroits absente, un véritable bourgeon charnu, criblé de néo-

« capillaires, très infiltré, contenant des macrophages
« bourrés de pigments sanguins.

« La média est aussi très altérée ; on y voit des néo-
« vaisseaux, et par place, de gros nodules inflammatoi-
« res chargés de pigments.

« L'adventice sclérosée forme une véritable gangue
« autour du vaisseau. L'une des veines satellites est nor-
« male ; l'autre, au contraire, entièrement oblitérée par
« une thrombose en voie d'organisation.

« Enfin, entre les éléments du paquet vasculo-ner-
« veux, existe une sclérose avec des infiltrats inflamma-
« toires très marqués. Il s'agit, par conséquent, d'une
« panartérite, on pourrait même dire d'une périvascu-
« larite ».

B. Maladie de Raynaud.

A côté des gangrènes qui semblent nettement liées à une artérite spécifique, il convient de faire une place à la maladie dite de Raynaud, qui, dans ses formes graves peut produire des gangrènes parcellaires des extrémités et dont l'origine spécifique est maintenant, pour la plupart des auteurs, hors de doute dans la majorité des cas.

Ce rôle prépondérant de la syphilis a été bien mis en évidence dans la belle étude d'ensemble de Giroux (Le syndrome de Raynaud chez les syphilitiques, 1913). Il en rassemblait 142 observation probantes.

Il peut s'agir de syphilis secondaire (Gaucher, Brizard et J. Brabez) Claude et Croisset, Guillaïn et Kudelski.

Mais c'est surtout la syphilis tertiaire ou l'hérédo-syphilis que l'on trouve dans l'étiologie du syndrome de Raynaud. Cet auteur déjà rapportait quatre cas de gangrène des extrémités chez des syphilitiques ; deux empruntés l'un à Portal, l'autre à B. Henri; deux qu'il avait observés lui-même.

Nombreux sont les auteurs qui ont signalé les mêmes faits, s'appuyant pour incriminer la syphilis sur les preuves ordinaires : clinique biologique et thérapeutique. De fait, la syphilis a tout pour réunir les facteurs générateurs du syndrome : lésions nerveuses, lésions endocriniennes, lésions artérielles et artériolaires surtout. Beaucoup d'auteurs voient dans la maladie de Raynaud une des modalités de la vascularite syphilitique dont les localisations permettent de saisir les caractères cliniques essentiels du syndrome.

Pour Audry et Lechatellier, le syndrome de Raynaud est un exemple d'endocrinite syphilitique angio-neurotique.

C) Maladie de Buerger.

Il nous faut encore dire un mot des relations de la syphilis avec des gangrènes vasculaires dites d'origine indéterminée, en l'espèce la gangrène juvénile dite maladie de Buerger ou encore thrombo angéite oblitérante.

L'opinion de Milian est que la description de l'artérite juvénile présentée à la Société Médicale des Hôpitaux par Guillaume se confond d'une manière absolue avec l'artérite syphilitique oblitérante, aussi bien pour l'artérite

des gros vaisseaux que pour celle des petits vaisseaux cutanés ; opinion admise d'ailleurs par un certain nombre d'auteurs étrangers (Callomon, Grassmann, Elsénberg, Mucha Kaz Da, Sainz de Aja, etc...).

En effet, la participation artériolaire et capillaire que montre l'examen anatomo pathologique de certains cas de thrombo angéite oblitérante est plus qu'en faveur d'une origine spécifique.

L'inflammation et la thrombose des anastomoses artériolo capillaires sont suffisantes à déclancher le sphacèle ; à plus forte raison, lorsqu'il y a oblitération des gros troncs artériels sus-jacents. On ne devra admettre la thrombo artérite oblitérante que si l'on n'a trouvé aucune preuve sérologique de spécificité, aucun stigmate nerveux ni cutané, que si le traitement spécifique bien conduit reste sans action.

D. Gangrènes séniles.

En ce qui concerne les rapports de la syphilis avec la gangrène sénile, nous dirons simplement que l'observation journalière montre que beaucoup de cas considérés comme gangrène sénile ressortissent de la syphilis.

E. Enfin, il nous faut signaler pour terminer la gangrène en plaques multiples disséminées pour laquelle il ne semble pas que la non participation de la syphilis soit nettement établie.

A ce sujet, Lannelongue invoquait déjà la possibilité d'un terrain hérédo-syphilitique.

Enfin, signalons que Pasini a décrit sous le nom de gangrène cutanée disséminée d'origine syphilitique une forme nécosante de la thrombo phlébite nodulaire due à la spécificité.

Conclusions

L'association syphilis-gangrène cutanée se présente en clinique sous des aspects extrêmement polymorphes.

Il est utile de les connaître.

Aussi, faut-il, en présence de tous les cas de gangrène cutanée, quelle que soit sa forme, son étendue, quel que soit l'âge du sujet, et même en l'absence de toute notion ou de tout signe clinique ou sérologique de spécificité, instituer un traitement antisiphilitique intensif.

Vu, le Doyen.

Vu, le Président,

BALTHAZARD.

GOUGEROT.

Vu et permis et d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

- AUDRY et LECHATELLIER. — Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1922, p. 275.
- BARSALIAU. — Maladie de Raynaud et syphilis. — Société française de Dermatologie et Syphiligraphie, juin 1924.
- CHAVANY. — Artérite oblitérante. — Monde Médical, juillet 1927.
- DESCHAMPS. — Des formes anatomo-cliniques des artérites des membres. — Le Jeune Médecin, 1924.
- EMERY E. — Contribution à l'étude de la gangrène foudroyante spontanée. — Th. Paris, 1896.
- FINGER. — Syphilis et maladies vénériennes, 1900.
- FOURNIER A. — Traité de la syphilis.
- GATÉ J., ROUSSET J. — Contribution à l'étude de la gangrène des organes génitaux. — Annales de Dermatologie, 1929.
- GUILLAIN et KUDELSKI. — Gangrène symétrique des petits doigts de la main coïncidant avec des lésions syphilitiques cutanées diffuses. — Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 1922, p. 917.
- GAUCHER, BRIZARD et BRALEY. — Maladie de Raynaud et syphilis secondaire. — Annales des Maladies vénériennes, T. 10, p. 6 à 18.
- JOUET. — Etude anatomique et clinique des artérites juvéniles des membres. — Th. de Paris, 1927.

- KUDELSKI. — La gangrène sympathique des extrémités d'origine syphilitique — Th. Paris, 1923.
- LACASSAGNE, LEBEUF et ROUSSET. — Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1929.
- LANNELONGUE. — Etude sur la gangrène infectieuse disséminée de la peau. — Th. Bordeaux, 1904.
- LAPORTE. — Maladie de Raynaud et syphilis. — Société Médicale de Toulouse, 1923.
- LE DENTU et DELBET. — Maladies des organes génitaux de l'homme.
- LEIBOVICI. — Etude chirurgicale de gangrènes juvéniles par artérite chronique non syphilitique. — Th. Paris, 1928.
- LÉVY et JARBEY. — Maladie de Raynaud chez un syphilitique atteint d'accidents secondaires. — Annales des Maladies vénériennes, 1917, p. 547.
- LIAN, PIECH et VIAU. — De l'étiologie des artérites oblitérantes du membre inférieur se traduisant par une claudication intermittente. — Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1927.
- LORTAT-JACOB. — Presse Médicale, octobre 1930.
- MEGNAUT et KAJELAU. — Syndrome de Raynaud. — Gazette des Hôpitaux, 1925.
- MILIAN et CAROLI. — Artérite syphilitique des doigts. — Bulletin de la Société française de Dermat. et de Syphiligraphie, 1929, p. 267.
- MILIAN et NATIVELLÉ. — Gangrène par artérite syphilitique. — Bulletin de la Société Fr. de Dermat. et de Syphiligr., 1929, p. 267.
- MILIAN et PERIN. — Maladie de Raynaud d'origine syphilitique. — Presse Médicale, 1923.
- MOULONGUET et PAVIE. — Etude de quelques cas d'artérites préséniles. — Annales d'Anatomie pathologique, 1927.

- PINARD-VERNIER-Mlle ABRICOSOFF. — Un cas de syphilis maligne précoce avec gangrène du pied. — Bulletin de la Société Française de Dermat. et Syphiligraphie, 1929.
- RABUT. — Gangrène cutanée et syphilis. — Semaine des Hôpitaux de Paris, janvier 1925.
- SMITH et PATTERSONER. — Thrombo angéite oblitérante associée à la syphilis. — British Méd. Journal, 1927.
- SPILLMANN, THIERY et BENECH. — La gangrène spontanée des organes génitaux chez l'homme et chez la femme. — Paris-Médical, 1913, p. 319.
- THIBIERCE. — Traumatisme et syphilis cutanée. Etude médico-légale. — Gazette des Hôpitaux, janvier 1925.
-

— — — — —
Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette
— — — — —

